

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1919

THÈSE

N°

148

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude des Scléroses Utérines

PAR

Marcel - Louis - Charles BONNEROT

Né à Douai (Nord), le 18 octobre 1890

Président : M. le Professeur CH. ACHARD

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, — PARIS (VI^e Arr.)

1919



148

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1919

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude des Scléroses Utérines



PAR

Marcel - Louis - Charles BONNEROT

Né à Douai (Nord), le 18 octobre 1890

Président : M. le Professeur CH. ACHARD

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ
OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, — PARIS (VI^e Arr.)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	BROCA
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DEGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	GOUGET
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHASARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	DEBOVE
	WIDAL
Clinique médicale	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL-MARFAN
Hygiène et clinique de la première enfance	DUPRÉ
Maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE DELBET
Clinique des maladies contagieuses	QUENU
	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	DE LA PERSONNE
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires	BAR
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	RIBEMONT-DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique	N
Clinique chirurgicale infantine	N
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	LABBÉ HENRI	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	SICARD
CASTAIGNE	TINE	NICLOUX	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERRER	
GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUILLAIN	LERI	RICHAUD	
JEANNIN	LOEPER	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A Monsieur le Professeur CH. ACHARD

qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Avant la guerre, nos maîtres avaient attiré notre attention et notre intérêt s'était fixé sur la question complexe des scléroses utérines — de leur étiologie — du rôle du terrain dans leur production, de leur association fréquente avec les métrites banales et de la symptomatologie hybride qui en résulte. Nous avons, entre-autre remarques, constaté à plusieurs reprises la coexistence chez une même, malade de la sclérose utéro-ovarienne, de l'hypertension artérielle et de la syphilis, ou de l'une de ces deux dernières : et nous nous proposons de chercher à élucider par des observations plus nombreuses et plus serrées, s'il y avait là autre chose qu'une simple coïncidence.

Les circonstances ne nous ont pas permis de continuer les longues recherches nécessaires pour un tel travail. Aussi ne présentons-nous qu'un travail incomplet, relatant des observations en trop petit nombre pour qu'une conclusion réellement scientifique puisse s'en déduire; notre bibliographie sera également un peu brève, et nous nous excusons à l'avance si des conclusions analogues à celles que nous formulons ont déjà été publiées sans que nous

en fassions mention. Ses idées que nous développons ont, d'ailleurs, toutes été imprimées déjà, et nous n'avons pas la prétention de les présenter comme exclusivement personnelles. Nous ferons seulement remarquer qu'on les a toujours laissées en seconde place, et qu'elles méritent peut-être mieux au double point de vue du diagnostic et du traitement.

On pourra nous reprocher également de prendre pour point de départ des idées qui sont loin d'être admises par tous les gynécologistes et surtout par tous les chirurgiens. A cela, nous répondrons qu'il est bon de se passionner pour une cause, fût-elle douteuse, si c'est avec bonne foi : que les maîtres dont nous avons embrassé la doctrine tendent par elle à limiter le champ des interventions chirurgicales en gynécologie, et que leur erreur, si elle existe, est moins néfaste que ne serait l'erreur opposée; que nous sommes prêts d'ailleurs devant des faits et des arguments nouveaux à faire amende honorable : les grands maîtres ne nous ont-ils pas toujours donné l'exemple d'un tel renoncement ?

CHAPITRE PREMIER

Avant d'aborder les points de détail sur lesquels porte cette thèse il nous paraît utile de faire un résumé d'ensemble de la question. Cela est d'autant plus nécessaire que la sclérose utérine — comme entité morbide isolée et définie — est loin d'avoir toujours été admise et d'être admise actuellement par tous les gynécologues. Nous passerons sous silence le côté historique de la question. D'abord, il a été complètement développé dans la thèse de Hepp (sclérose utérine et métrite. Paris 1899). Ensuite, il n'apporterait aucune lumière. RENAN dit quelque part : « le plus simple écolier sait maintenant des vérités pour lesquelles Archimède aurait donné sa vie ». Sans atténuer l'admiration et le respect qu'éveille en nous le génie des cliniciens d'autrefois, nous pouvons leur appliquer cette phrase :

« La sclérose utérine, d'après ses partisans, peut-être sommairement définie : une métrite non infectieuse — une métrite sans microbes. Parmi les gynécologues, les uns la nient formellement; d'autres l'admettent avec réserves;

d'autres, enfin, en font une entité clinique nette, distincte des métrites...

Les premiers sont représentés par le Professeur Pozzi et son école. Leur doctrine, formulée nettement à la société de gynécologie et d'obstétrique, en mai 1900, est clairement résumée par ces quelques phrases : « Je ne pense pas, dit le Professeur Pozzi qu'il y ait lieu d'établir une distinction entre la métrite et la pseudo-métrite ou sclérose utérine. Accepter cette distinction serait revenir au rajeunissement, sous une nouvelle marque, de l'engorgement des anciens. Je persiste donc à enseigner que les soi-disant pseudo-métrites sont d'origine inflammatoire et relèvent de l'infection... Il faut seulement reconnaître que la diathèse rhumatismale joue un rôle considérable dans l'évolution d'une métrite infectieuse: il faut aussi ajouter que la coexistence d'une ovarite scléreuse et d'un varicocèle tubo-ovarien imprime une allure un peu spéciale à une métrite... Mais ces faits, qui sont des faits d'exception, ne peuvent conduire à l'établissement, comme entité morbide, de la pseudo-métrite, de la sclérose utérine ». Plus tard, son opinion ne s'est pas modifiée, puisqu'il écrit en 1912 [Samuel Pozzi. Résumé des titres et travaux scientifiques] « J'ai également exposé d'une façon toute nouvelle la pathogénie des métrites en me rattachant franchement à la théorie microbienne: j'ai divisé l'infection en hétéro-infection, infection mixte, auto-infection ». Plus loin, il ajoute : « Sans négliger le traitement médical, je donne la préférence dans presque tous les cas à l'intervention chirurgicale ».

Les faits décrits comme sclérose utérine rentrent pour lui dans les formes qu'il a décrites sous les noms de métrite hémorragique, métrite douloureuse chronique.

Telle est l'opinion des intransigeants. Que disent maintenant les éclectiques ? Leurs idées ont été résumées par FORQUE et MASSABUAU en 1912 dans la *Presse Médicale* (les métrorrhagies de la puberté et de la ménopause) et reprises par les mêmes auteurs en 1916 (gynécologie, in traité de chirurgie de LE DENTU et DELBET). Ils reconnaissent que « quelques affections qui se traduisent par des symptômes analogues à ceux des infections utérines doivent en être distinctes. L'anatomie pathologique et la bactériologie de ces états utérins ont été étudiés au cours de ces dernières années. Nous savons qu'ils n'ont rien à voir avec l'infection. Les uns caractérisés anatomiquement par de la sclérose utérine relèvent de facteurs étiologiques spéciaux dans lesquels le tempérament neuro arthritique, les diathèses, l'artério-sclérose jouent peut-être un certain rôle... » C'est la seule concession que ces auteurs fassent à la sclérose utérine pure. Car, plus loin, décrivant la forme dite métrite hémorragique, ils ajoutent « la pathogénie de ce syndrome hémorragique est discutée et mal connue. D'aucuns veulent en faire réellement une métrite. Les lésions inflammatoires de l'endomètre et du myomètre expliqueraient les hémorragies. QUENU 1893... etc. ont décrit dans quelques-uns de ces cas des lésions vasculaires qu'ils ne sont pas éloignés de considérer comme spécifiques de cette variété de métrite. Les vaisseaux sont très nombreux et irrégulièrement ditalés, donnant à la coupe de la paroi

utérine un aspect caverneux ou angiomateux. Leurs parois sont épaisses et autour d'eux on constate des lésions de périphlibite et de périartérite. Or, un fait est indiscutable : dans bien des cas d'hémorragie des jeunes filles ou de la ménopause, on ne trouve dans la paroi utérine que des lésions banales que l'histologie ou la bactériologie ne permettent pas de classer parmi les lésions inflammatoires : elles consistent surtout en une hyperplasie conjonctive plus ou moins accentuée dans le myomètre et en une hypertrophie avec néoformation des glandes de la muqueuse, qui augmente l'épaisseur de cette dernière et lui donne un aspect fongueux et vilieux caractéristique. RICHELOT et DOLORIS refusent de voir dans ces utérus des utérus métritiques et les considèrent comme atteints de congestion et de sclérose arthritique. L'opinion de RICHELOT et de DOLORIS est fort discutée, et la plupart des chirurgiens français refusent de donner au neuro-arthritisme le pouvoir de créer de toutes pièces des lésions utérines suffisantes pour provoquer des hémorragies aussi graves et aussi rebelles. Leurs raisons sont d'autant plus fondées que dans ces utérus hémorragiques les lésions sont réellement minimales : on peut les rencontrer au même degré dans des utérus sains de femmes qui n'ont jamais eu d'hémorragies ». Ils terminent en émettant l'hypothèse que ces métrites hémorragiques « constatées surtout aux périodes de la puberté et de la ménopause sont sous la dépendance d'un trouble de la fonction ovarienne de sécrétion interne ». Ils décrivent enfin une métrite exfoliante et une métrite douloureuse. Celle-ci « se développant habi-

tuellement sur des utérus déjà hypertrophiés par la congestion chronique et par la sclérose dystrophique, chez des femmes arthritiques et nerveuses ». Les symptômes en sont la douleur, une leucorrhée claire et abondante et surtout la dysménorrhée; un utérus gros, mobile et un peu sensible. Nous verrons plus loin que cette description se rapproche singulièrement de celle de la sclérose utérine pure, telle que l'admettent ses partisans. Quoi qu'il en soit, le point de vue de FORGUE et MASSABUAU, malgré les concessions qu'ils font à la doctrine de la sclérose utérine nous paraît un peu étroit. Ils limitent les hémorragies aux périodes de la puberté et de la ménopause alors que, c'est un fait d'observation courante, les femmes sujettes à la congestion pelvienne perdent pendant toute la durée de leur activité génitale. Ils dénieient au neuro-arthritisme la faculté de produire des hémorragies graves et rebelles. Les épistaxis des brighliques, des cirrhotiques et des artério-scléreuses ne sont elles pas parfois rebelles et graves et cela sans lésions appréciables de l'artère ethmoïdale ? Enfin, l'hypothèse de l'action du neuro-arthritisme n'est-elle pas aussi plausible que celle d'un trouble de la sécrétion interne de l'ovaire qu'ils invoquent à l'appui de leur théorie ?

Parmi les partisans de l'existence d'une sclérose utérine nettement distincte des métrites, nous trouvons SIREDEY, DALCHE, DOLERIS [la métrite et les fausses métrites] et surtout RICHELOT. C'est d'après ce dernier auteur, qui l'a brillamment décrite, que nous résumerons la symptomatologie et l'évolution de la sclérose utérine.

La sclérose utérine se développe chez des femmes issues

de souche neuro-arthritique. Les premiers troubles débuent avec l'apparition des premières règles. Celles-ci sont d'une abondance exagérée et s'accompagnent de violentes coliques utérines. On porte souvent, dès cette période, le diagnostic de métrite virginale. A chaque retour de la menstruation, ces accidents se renouvellent. Les règles sont plus abondantes, durent plus longtemps que chez une femme normale. Souvent, le sang réapparaît au milieu de l'espace intermenstruel avec assez d'abondance parfois pour constituer ce que M. Richelot appelle des règles de quinzaine. Dans l'intervalle se produit souvent une hyper-sécrétion glandulaire abondante, à laquelle le terme de leucorrhée ne s'applique pas exactement. Il s'agit plutôt d'hydrorrhée, d'écoulement clair, muqueux, visqueux, assez semblable à du verre fondu et tout à fait distinct de la sécrétion muco-purulente des métrites. Les crises douloureuses, qui éclatent à intervalles variables, ne coïncident pas toujours avec les règles, ni avec l'écoulement muqueux. Ces crises ont pour caractéristique de débiter brusquement sans cause appréciable, d'atteindre d'emblée leur maximum; il s'agit de coliques utérines extrêmement violentes avec irradiations lombaires, nausées et parfois vomissements. La malade est souvent obligée de garder le lit par la violence de ces symptômes. Mais il n'y a jamais élévation de température appréciable. La crise dure de un jour à une semaine, en général deux à trois jours, puis cesse presque aussi soudainement qu'elle était apparue. La malade peut reprendre ses occupations, ne gardant qu'un peu de courbature.

Pourtant, dans l'intervalle des règles et des poussées douloureuses, la santé de ces malades est loin d'être complètement normale. Elles se plaignent de douleurs vagues, de tiraillements, de pesanteurs, suivant leurs expressions les plus fréquentes. Parfois des névralgies à type intercostal ou une céphalée tenace égarent le diagnostic. Leur résistance à la fatigue est diminuée, l'essoufflement survient au moindre effort. Leur emotivité est exagérée, leur caractère instable. Parfois, les troubles nerveux dominent la scène et ces femmes tombent dans un état neurasthénique grave avec alternatives de dépression et d'excitation. A ces divers signes généraux se surajoute le plus souvent un état anémique marqué, avec pâleur des téguments, anorexie et amaigrissement.

A la richesse et à la variété de ces symptômes d'ordre fonctionnel et général, peut-être opposée la pauvreté des signes fournis par l'examen de l'appareil génital. Et encore fait-on des constatations très différentes suivant qu'on examine la femme pendant une période de calme ou à l'occasion d'une poussée congestive.

Dans le premier cas, on ne constate rien ou presque rien. L'utérus est seulement un peu plus gros qu'à l'état normal. Mais il est mobile et à peine sensible quand on le mobilise par l'exploration hémmanuelle. Au spéculum, dont l'introduction n'est pas douloureuse, le museau de touche paraît absolument normal; une goutte de mucus clair ou rosé s'en échappe parfois.

Dans le second cas, il en est tout autrement. L'utérus est globuleux, toujours mobile, mais très sensible au

moindre mouvement. Les organes génitaux internes sont congestionnés, l'introduction du spéculum est assez sensible; au fond de celui-ci on aperçoit un col gros, congestionné, rouge ou violacé. Mais ce col demeure régulier, ne présente ni ulcérations, ni ectropion de la muqueuse. Il est parfois recouvert de ce mucus visqueux que nous avons signalé plus haut.

Lorsque les lésions sont déjà assez avancées, on constate souvent, des deux côtés ou d'un seul côté, de l'ovarite scléro-kystique concomitante.

L'évolution de l'affection se fait en général en deux phases : période de congestion ou de présclérose. Période de sclérose confirmée. Nous avons vu que la première débutait immédiatement après la puberté. Elle s'accroît, en général, aux environs de la vingtième année. A partir de ce moment, les lésions de l'utérus marchant vers la sclérose définitive, les poussées congestives se rapprochent, s'aggravent. Elles atteignent leur maximum dans la période qui s'étend entre la trentième année et la ménopause. A ce moment, l'utérus est dur, hypertrophié; parfois, l'hypertrophie de l'organe est telle qu'il correspond à la description que l'on a faite de l'utérus géant. A la période de la ménopause, correspond en général une recrudescence des signes locaux et généraux. Les femmes atteintes de sclérose utérine continuent, en général, à perdre à intervalles irréguliers pendant plusieurs années. C'est ce qu'on a décrit sous le nom de métrite sénile. En général, à cette période, correspond anatomiquement une phase d'atrophie scléreuse de l'organe.

Il va sans dire que la sclérose utérine n'évolue pas semblablement dans tous les cas. Nous avons pris pour type de description la forme mixte, peut-être la plus commune, dans laquelle tous les symptômes sont représentés : règles douloureuses et irrégulières, poussées congestives, hydrorrhée, état général médiocre. Mais on peut décrire, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme :

Une forme hémorragique dans laquelle la fréquence et l'abondance des métrorragies peut amener un état d'anémie accentué. Une forme douloureuse, avec coliques utérines atroces, dans l'intervalle desquelles persiste une douleur sourde, et symptômes nerveux prédominants.

Une forme dysménorrhéique, caractérisée par l'élimination douloureuse, au moment des règles, de tout ou partie de la muqueuse utérine.

Pour démontrer que dans ces cas il ne s'agit pas d'une infection, RICHELOT se base sur un certain nombre de faits :

1° Le résultat négatif de l'enquête étiologique dans un certain nombre de cas;

2° Les résultats négatifs de l'examen histologique et bactériologique. Les lésions de la sclérose utérine sont très spéciales. Les glandes sont nombreuses, allongées, hypertrophiées, mais exemptes de toute altération. Il y a de l'hyperplasie, mais pas d'infiltration. Les vaisseaux sanguins sont altérés : il y a angio-sclérose et sclérose perivasculaire. L'épaisseur de la paroi musculaire est augmentée, les travées fibreuses sont plus nombreuses, mais il n'y a pas d'altération structurale des fibres musculaires;

3° L'intégrité du museau de tanche, la présence à côté

de signes physiques négatifs, de signes fonctionnels particuliers, comme l'hydroporrhée et les poussées congestives;

1° L'inefficacité des traitements habituels de la métrite, en particulier du curettage. L'amélioration fréquente, au contraire, par un traitement médical.

Pour ces diverses raisons, il nous semble rationnel de se rallier à la doctrine de la sclérose utérine. Outre la valeur scientifique des arguments sur lesquels elle est basée, elle a l'avantage d'être extrêmement séduisante et d'éclairer nombre de faits qui demeuraient confus avec l'ancienne classification des métrites.

Il importe toutefois de faire remarquer, et c'est peut-être ce qui en cause en partie le désaccord sur ce sujet, que la sclérose utérine n'existe pas souvent à l'état de pureté. Les femmes atteintes de sclérose ou de congestion utérine offrent un terrain plus favorable que d'autres aux diverses infections, métrites ou salpyngo-ovarites. Et dans ces cas la symptomatologie devient si touffue qu'il est absolument impossible de démêler la part réciproque de la sclérose et de la métrite. Dans ces cas, Pozzi admet la sclérose et la prétend consécutive à la métrite ou plutôt résultante de cette dernière. N'est-ce pas plutôt la sclérose qui, dans la plupart des cas, a précédé et favorisé la métrite ?

CHAPITRE II

Parmi les gynécologistes qui admettent l'individualité de la sclérose utérine, il en est peu qui insistent sur les signes tirés de l'examen des divers appareils, autres que le système génital. Nous avons vu que RICHELOT parle de céphalée, de névralgie, de malaises vagues, de troubles et de modifications du caractère. Il parle de la constipation, fréquente chez ce genre de malades. Mention n'est pas faite de l'examen de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire. SIREDEY parle des troubles des divers organes, mais c'est pour écarter du cadre des scléroses utérines les cas où ces troubles existent. Il décrit ainsi une congestion et une sclérose utérines primitives ne s'accompagnant pas d'autres troubles, et des congestions utérines secondaires. Il écrit à ce sujet : « Au point de vue clinique, la congestion utero-ovarienne qui survient à titre d'incident ou de complication au cours des diverses maladies, à des allures très différentes de celles que présente la congestion primitive. Elle est presque toujours hémorragique et ne se traduit que par des écoulements de sang plus ou moins accen-

tués. Chez les aortiques, chez les artério-scléreuses, on peut observer, quoique plus rarement, ces poussées congestives; mais ce sont les pertes de sang qui dominent sous la forme menorrhagique; elles sont abondantes et suivies d'un grand soulagement ». Un peu plus loin, le même auteur déclare que la cause principale des scléroses utérines primitives réside dans une disposition particulière de l'organisme. Les femmes qui présentent ces accidents appartiennent à la famille neuro-arthritique ».

Il reconnaît donc comme primitives les scléroses utérines dues au neuro-arthritisme et ne reconnaît qu'un rôle secondaire à celles qui accompagnent l'artério-sclérose. Il n'y a peut-être là qu'une question de degré. Dans le premier cas, l'état local domine l'état général. C'est l'inverse qui a lieu dans le second cas.

C'est encore le neuro-arthritisme qui est invoqué comme cause dominante dans la thèse de PINESS, écrite en 1912 sous l'inspiration de DALCHE. Mais dans ce travail, le symptôme métrorrhagie est seul étudié, les autres signes de sclérose utérine sont laissés dans l'ombre.

Quoi qu'il en soit, l'examen général complet de ces malades a peut-être été insuffisamment approfondi, celui de l'appareil circulatoire notamment. Aucune recherche systématique n'a été faite à notre connaissance au sujet de la tension artérielle.

Dans les quelques cas assez nets de sclérose utérine que nous avons pu rassembler, nous avons généralement trouvé une tension artérielle supérieure à la normale. Cette tension artérielle a été mesurée avec l'appareil de PACHON

en prenant chaque fois toutes les précautions d'usage : sujet à jeun, dans le decubitus horizontal. Mesures aussi rapides que possible et répétées à de courts intervalles pour vérification. On sait que d'après LIAN, la tension artérielle, mesurée chez un sujet normal avec l'oscillomètre de PACHON, doit avoir en moyenne un maximum de 17 et un minimum de 9 centimètres. Il distingue des hypertensions faibles, dans lesquelles le maximum oscille de 18 à 21, des hypertensions moyennes de 21 à 26, des hypertensions fortes au-dessus de ce chiffre.

Nous avons noté les résultats suivants :

Chez la 1^{re} malade : maximum 19, minimum 11-12.

Chez la 2^e malade : à un premier examen, pratiqué après des hémorragies utérines répétées, maximum 16, minimum 8; un deuxième examen, pratiqué après une période plus favorable donne un chiffre maximum de 18, minimum de 9.

Chez la 3^e malade, tension maximum 20; minimum 11.

Chez la 4^e malade, tension maximum de 20 à 22; minimum de 10 à 11;

Chez la 5^e malade, tension maximum 18, minimum 10, soit à peine supérieure à la normale.

Chez la 6^e malade, tension maximum 18 à 19, minimum 10,

En résumé, dans un cas, le 2^e, la tension est normale quoique forte; dans quatre cas il y a hypertension légère; dans un cas, le 4^e, hypertension moyenne.

Nous ne saurions cependant trop répéter qu'il est difficile, sur un si petit nombre de cas, de se former une

opinion définitive. Il nous semble toutefois que la mesure de la tension artérielle, pratiquée systématiquement pourrait-être de quelque utilité lorsque le diagnostic est hésitant entre la métrite chronique et la sclérose utérine, ou pour dépister la superposition de ces deux syndromes.

CHAPITRE III

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que la syphilis peut être une cause de sclérose utérine. Mais ils le font très succinctement et les plus récents ouvrages de gynécologie ne consacrent que quelques lignes à ce sujet. SIREDEY écrit : « au cours de la syphilis, OZENNE a rencontré des lésions vasculaires ou des dégénérescences ovariennes » et plus loin « Il semble que la congestion soit la cause principale de la sclérose, mais celle-ci peut être également influencée par diverses autres maladies antérieures. La fièvre typhoïde, la variole et quelques autres maladies infectieuses, telle la syphilis par exemple, peuvent jouer un rôle dans ces processus sclérogènes ». Il reconnaît même le rôle de la syphilis héréditaire : « il en a été de même pour certaines métrorragies, observées à l'époque de la puberté, chez des jeunes filles qui n'avaient été l'objet d'aucune contagion directe, mais qui présentaient quelques indices d'hérédosyphilis (OZENNE-MOURATOW) ». Et il conclut : « En présence de nombre de cas suspects, aux allures mal définies, qui ne réclament pas une inter-

vention immédiate, il serait toujours prudent, chez des femmes manifestement syphilitiques, de ne tenter aucune opération chirurgicale sans avoir fait un essai loyal du traitement spécifique »¹. FORGUE et MASSABAU parlant de la sclérose syphilitique de l'utérus : « Une caractéristique essentielle réside dans les lésions des artères; l'artérite syphilitique ne manque jamais. Dans quelques cas même, les lésions vasculaires sont prédominantes, non seulement dans le parenchyme, mais dans la muqueuse : c'est l'angiosclérose tertiaire de l'utérus, bien étudiée par MORISANI et Pozzi. La symptomatologie ne se traduit par aucun symptôme pathognomonique, et c'est ce qui rend particulièrement difficile son diagnostic. Les douleurs sont très variables. Les métrorragies constituent le symptôme capital de la syphilis utérine et qui manque exceptionnellement. Ces hémorragies sont abondantes, ne tardent pas à devenir continues, déterminent un état d'anémie profonde et sont rebelles à tous les traitements ordinaires, tandis que la médication spécifique les améliore promptement. Il est fort possible, comme le pense FRANCESCHINI, que bien des hémorragies utérines graves qui surviennent aux environs de la ménopause et dont on ne connaît pas la véritable nature relèvent de la syphilis. L'exploration utérine ne permet pas, en effet, de faire le diagnostic : l'utérus est un peu augmenté de volume. On pense à un cancer du col ou à de la fibromatose, et ce n'est que dans des cas exceptionnels que la connaissance parfaite des antécédents de la malade permet de soupçonner la syphilis et conduit à tenter une médication mercurielle ». Et

ils ajoutent (p. 690) « La syphilis tertiaire doit frapper plus souvent qu'on ne pense les organes génitaux internes de la femme; seulement ces lésions spécifiques demeurent méconnues parce qu'elles n'ont pas une symptomatologie propre et qu'elles revêtent le masque d'une métrite mal définie ou d'une salpyngo-ovarite banale ».

BAROZZI reconnaît que la syphilis tertiaire de l'utérus existe « bien qu'elle soit très rare ».

Les syphiligraphes traitent un peu plus longuement la question.

GAUCHER [syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur] reconnaît quatre formes de syphilis utérine, dont les deux premières doivent retenir notre attention. 1° L'artérite syphilitique se manifestant uniquement par des hémorragies : métrorragies vraies et non ménorragies. Pas d'autres symptômes, notamment pas de poussées douloureuses. Il suppose que cette première forme évolue vers la deuxième; 2° Sclérose utérine, soit généralisée, soit localisée, tantôt au corps, tantôt au col, où elle peut être, ainsi que l'a démontré DOLERIS, l'origine d'un rétrécissement. Cette forme se caractérise par la dureté de l'utérus et son hypertrophie, qui peut aller jusqu'au gigantisme. Parfois, cette première phase peut être suivie d'une période atrophique. En même temps, les métrorragies, généralement abondantes se compliquent d'écoulement muqueux et de poussées douloureuses. Cliniquement et anatomiquement, on est en présence d'une métrite syphilitique. On ne peut s'empêcher de rapprocher cette description succincte de celle de la sclérose utérine pure, telle que

nous l'avons faite d'après RICHELOT, évoluant en ses deux phases successives de congestion et de sclérose confirmée.

Plus récemment, GOUGEROT reconnaît la sclérose utérine comme forme importante de syphilis utérine. Nous pourrions multiplier les citations de même ordre.

Malgré tout, une cloison étanche persiste entre les deux chapitres de la sclérose utérine et de la syphilis de l'utérus. De rares rapprochements sont faits et l'on ne peut manquer d'être frappé du très petit nombre d'observations de sclérose syphilitique publiées, comparativement au nombre immense de femmes atteintes d'affections utérines diverses, parmi lesquelles une assez notable proportion rentre dans le cadre des congestions et des scléroses utérines.

LAFFONT qui a fait il y a quelques années un travail d'ensemble très complet sur ce sujet, a réuni patiemment 73 observations de syphilis utérine. Nous croyons nécessaire de faire une brève analyse de ce travail.

Il reconnaît une forme scléreuse de la syphilis du corps utérin. Cette forme scléreuse peut être une angio-sclérose, ou une sclérose totale ou partielle, hypertrophique ou atrophique.

Il écrit : « La syphilis, dont l'action s'exerce si puissamment sur les artères et sur le cœur, est une maladie sclérosante au premier chef. Elle l'est au même titre que la tuberculose (TEISSIER) ou que l'arthritisme (RICHELOT). Or, comme en pratique la syphilis, la sclérose et l'arthritisme sont loin de s'exclure, mais s'accommodent au contraire fort bien d'une action en commun sur le même indi-

vidu, on peut considérer que ces causes infectieuses générales, par leur association, et parfois même par leur adjonction à des inflammations localisées à l'appareil génital de la femme, soient susceptibles de provoquer et de constituer un état scléreux de l'utérus, tout comme cela se produit pour d'autres organes dont les réactions à longue échéance à l'égard du virus syphilitique sont mieux connues ».

Il distingue, avec FRANCESCHINI, dans cette sclérose syphilitique de l'utérus, les états suivants correspondant à autant de formes cliniques :

1° Période d'artérite syphilitique sans altérations macroscopiques appréciables dans la forme et dans le volume de l'utérus;

2° Période de sclérose commençante, locale ou générale, avec induration liqueuse de l'utérus;

3° Période d'hypertrophie utérine maxima, avec gigantisme utérin;

4° Période d'atrophie avec un utérus infantile, avec parfois musculaires presque disparues, un peu confuses et perdues dans les adhérences péritonéales.

Ces lésions seraient particulièrement fréquentes entre 30 et 45 ans, ainsi qu'en témoignent 13 cas sur 20.

Sur la symptomatologie de ces scléroses utérines syphilitiques, l'auteur manque de précision. Il en constate le polymorphisme : douleur, métrorragies, leucorrhée variable. Il insiste sur la prédominance des symptômes fonctionnels sur les signes physiques, ces derniers pouvant manquer complètement ou ne consister qu'en une légère

hypertrophie. Absence également de toute participation morbide des annexes. Mais ce dernier signe, ajoute-t-il, est des plus discutables. Il arrive souvent, en effet, qu'il y ait non pas syphilis utérine isolée, mais syphilis utéro-annexielle. Suivent, comme nous l'avons dit, 73 observations de sources diverses. Parmi celles-ci, beaucoup sont d'interprétation douteuse, ou dénuées de valeur par suite de leur ancienneté, comme l'auteur le reconnaît lui-même. Parmi les plus détaillées et les plus précises, la plupart ont trait à des syphilitiques avérées ayant de nombreux signes ou stigmates. Ces femmes présentent à un moment donné des métrorragies plus ou moins abondantes. L'examen local, suivant les cas, est négatif ou révèle une certaine induration de l'utérus. Le traitement spécifique est institué et amène la régression et la cessation des pertes sanguines. Il s'agit vraisemblablement dans ces cas de gommes, de l'utérus ou de lésions à évolution rapide.

Dans quelques observations enfin, notamment la 63^e, de BETTI UGO ARTURO, et la 72^e, de GALLIARD, il semble s'agir nettement de sclérose utérine. Dans ces deux cas, les accidents sont subaigus, remontent à la puberté; la syphilis n'est pas prouvée, mais soupçonnée seulement. L'efficacité du traitement spécifique en apporte la preuve certaine.

Toutes ces observations, ou presque, sont reproduites également dans la thèse de GOLDENSTEIN [contribution à l'étude des métrorragies d'origine syphilitique. Paris, 1909] parue à peu près à la même date, travail assez con-

fus où l'auteur parle du diabète, du scorbut, de la syphilis gastrique et de divers autres sujets.

Mais, nous le répétons, la caractéristique de toutes ces observations est d'avoir trait à des cas relativement graves; presque toutes ces malades présentaient des signes d'hémorragie inquiétants, certaines étaient presque exsangues quand fut institué le traitement spécifique, parfois en désespoir de cause, toutes les autres médications ayant échoué. La plupart étant des syphilitiques avérées, le diagnostic de syphilis utérine devait forcément venir à l'esprit, sinon comme probable du moins comme possible. Mais à côté de ces grandes malades, combien de femmes n'ont que des troubles fonctionnels peu accentués : ménorragies et métrorragies légères, crises douloureuses espacées, légère atteinte de l'état général; elles parcourent tant bien que mal les diverses étapes de leur existence génitale, malades une semaine sur trois, à demi bien portantes le reste du temps. Le médecin, consulté de temps à autre, diagnostique une métrite, conseille des injections et des pansements aussi variés qu'inefficaces. Parfois, l'on va jusqu'au curettage dont la faillite complète désespère la malade et l'amène parfois à cesser toute tentative de traitement; ses maux et ses malaises sont d'ailleurs devenus une habitude. Bien plus, souvent ces femmes, et cela est d'observation courante, manifestent une certaine répugnance à parler spontanément au médecin de leurs troubles génitaux. Elles viennent consulter pour de tout autres symptômes : anémie, migraines, fatigue générale, troubles dyspeptiques, et ce n'est que par un interrogatoire

patient, précis et serré que l'on peut être mis sur la piste et amené à porter le diagnostic de sclérose utérine.

Bien entendu, dans la grande majorité des cas, aucune question directe ne permettra de porter le diagnostic concomitant de syphilis. Et pourtant il est infiniment probable que beaucoup de femmes atteintes de sclérose utérine sont des syphilitiques, et que la syphilis peut être incriminée comme cause de la sclérose dans un certain nombre de cas, dans un nombre beaucoup plus grand qu'il n'a été admis jusqu'alors. Ces syphilitiques sont des syphilitiques méconnues, soit parce qu'elles ignorent leur maladie, soit parce qu'elles la dissimulent. Il faut alors se contenter de rechercher les antécédents et les stigmates. Mais les stigmates peuvent être absents ou douteux et les antécédents n'apporter aucun renseignement utile : ils peuvent par leur peu d'intensité avoir échappé à la malade et si celle-ci veut dissimuler la syphilis, elle les passera soigneusement sous silence. L'existence d'une ou plusieurs fausses couches amènerait une forte présomption ; mais la fréquence croissante des avortements provoqués diminue beaucoup la valeur de ce signe. Ceci nous amène à envisager l'utilité de pratiquer la réaction de WASSERMANN chez ces malades, ainsi d'ailleurs que chez toute personne atteinte d'une affection quelconque des organes génitaux.

En une thèse récente [Des résultats de la réaction de WASSERMANN dans les manifestations viscérales de la syphilis méconnue] Maurice LETULLE arrive aux mêmes conclusions : il est nécessaire de pratiquer systématiquement

cette réaction dans toutes les maladies : « Les patientes recherches, écrit-il, entreprises depuis plusieurs années, ont donné des résultats surprenants : très fréquente est la syphilis chez les malades hospitalisés, alors que la cardiopathie, l'hémiplégie ou la néphrite dont ils étaient porteurs n'était pas, à première vue, imputable au spirochète. Beaucoup de ces patients, bien que n'ayant aucune trace de syphilis récente ou ancienne et niant toute infection spécifique, ont pourtant un séro-diagnostic positif ». Et plus loin : « à côté de ces lésions que, cliniquement, on admet actuellement comme syphilitiques ou parasymphilitiques, il convient de ranger un nombre de plus en plus considérable de maladies organiques, à étiologie mal élucidée. N'est-il pas surprenant de constater la réaction de WASSERMANN souvent positive chez des gens porteurs de scléroses viscérales diverses : myocardite, néphrite chronique, artério-sclérose, etc. ? Et quels services ne peut-on rendre à ces malades du seul fait d'avoir soupçonné, chez eux, la présence du tréponème et d'avoir pensé à faire un WASSERMANN ? Un traitement approprié peut être institué de suite, cependant que les cas positifs s'accumulant, l'origine étiologique de ces affections batardes s'éclaire d'un jour tout nouveau ».

Les statistiques qu'il reproduit ensuite, d'après LETULLE et BERGERON ne mentionnent pas les affections utérines.

En un article récemment paru [le rôle de la syphilis dans la détermination des maladies chroniques observées dans un service de médecine générale. *Journal Médical Français*, décembre 1918] CASTAIGNE remarque également

que « Beaucoup de maladies chroniques des viscères, de causes jusque-là méconnues, étaient dus à la syphilis », et il montre « Combien la recherche systématique de la syphilis, au cours des maladies chroniques, présente d'intérêt pour le médecin ». Pour cette recherche, il préconise la mise en œuvre simultanée des trois procédés suivants : 1° Recherche systématique de la réaction de WASSERMANN; 2° Recherches des stigmates ou manifestations de la syphilis; 3° Epreuve thérapeutique.

Au sujet du premier de ces procédés, la recherche de la réaction de WASSERMANN, l'auteur fait quelques remarques que nous croyons nécessaires de signaler, et qui sont tirées des récents travaux de RAVAUT sur cette réaction et sa valeur diagnostique. « On a voulu en faire, écrit RAVAUT », un signe d'une valeur absolue qui, par sa présence ou son absence, permettrait d'admettre ou d'éliminer la syphilis et même de faire rentrer dans le cadre de cette affection, par le seul fait d'une réaction positive, certaines manifestations cliniques ou des troubles divers... Loin de vouloir discréditer la réaction elle-même, car le fait biologique est intangible et les services qu'elle a rendus sont indiscutables, nous voudrions attirer la méfiance sur certaines de ses interprétations, et montrer, par des exemples précis, qu'en voulant lui donner la précision d'une formule mathématique on en a faussé le sens; sa signification devient alors d'autant plus suspecte que l'on veut la rendre plus absolue ». Ses conclusions de RAVAUT sur la question sont les suivantes :

1° Une réaction de WASSERMANN ne vaut que par la signature qui l'accompagne;

2° Chez un syphilitique avéré, une réaction de WASSERMANN positive est un symptôme confirmant la maladie. En revanche, la réaction peut être négative alors que le malade présente des accidents cutanés ou viscéraux en pleine activité; une réaction négative ne permet donc pas d'éliminer la syphilis. Il serait dangereux de lui faire jouer un trop grand rôle dans la direction du traitement. Le médecin doit s'efforcer de la rendre négative et de la maintenir telle; chez les vieux syphilitiques, il est parfois impossible de faire virer la réaction. Une réaction négative ne suffit pas à elle seule pour faire considérer le malade comme guéri et faire suspendre le traitement;

3° Chez un malade soupçonné de syphilis, la réaction de WASSERMANN doit être considérée comme un symptôme d'appoint qui, d'accord avec d'autres manifestations, peut contribuer à établir le diagnostic de syphilis;

4° Chez un malade qui ne présente ni antécédents, ni signes de syphilis, une réaction de WASSERMANN constamment positive indique de rechercher la syphilis. En dehors de la syphilis, la réaction peut être positive, et n'ayant pas de valeur absolue, n'autorise pas, à elle seule, le diagnostic de syphilis.

Ayant signalé ces réserves au sujet du premier procédé CASTAIGNE examine les deux autres: recherche des stigmates et épreuve thérapeutique. Il reconnaît que rarement les trois ordres de preuves sont groupés, car les lésions syphilitiques d'ancienne date résistent fréquemment

à l'action du traitement. Que l'interprétation est particulièrement délicate quand un seul renseignement est positif, à savoir la réaction. Pour lui « il ne semble pas que le praticien ait le droit d'affirmer qu'une maladie viscérale chronique est forcément d'origine syphilitique alors que la réaction est positive sans qu'il y ait de stigmates ou d'antécédents syphilitiques et sans que le traitement ait une action curative ». Et il conclut nettement « Ainsi donc, dans la discussion de l'origine syphilitique des maladies viscérales chroniques, nous considérerons comme nettement spécifiques les cas où il y a au moins deux ordres de preuves réunies [réaction biologique, plus stigmates; réaction biologique, plus résultats positifs de l'épreuve thérapeutique]; Quant aux faits dans lesquels la seule preuve d'infection syphilitique est une réaction de BORDET.— WASSERMANN positive, nous ne les ferons entrer en ligne de compte qu'au point de vue de la discussion et nous les considérerons, jusqu'à nouvel ordre, comme des cas d'attente ».

A vrai dire, le résultat positif de l'épreuve thérapeutique devrait seul avoir une valeur absolue, et montrer qu'il s'agit d'une manifestation viscérale de la syphilis, et non d'une affection viscérale évoluant normalement chez un syphilitique.

Il y a vingt ans, FOURNIER évaluait à environ seize pour cent de la population le nombre total des syphilitiques; cette proportion, déjà considérable, a augmenté au cours de ces dernières années de façon très sensible, sans qu'on puisse encore en indiquer le chiffre exact. Il

faut tenir compte de ces données dans des statistiques du genre de celles que nous envisageons.

Celles de CASTAIGNE, pas plus que celles de LETULLE, ne mentionnent les lésions utéro-annexielles. Mais elles parlent de l'hypertension artérielle. Sur 28 malades dont la tension artérielle maxima à l'oscillomètre de PACHON était supérieure à 20, la réaction de WASSERMANN a été positive 17 fois d'une façon nette et 15 malades présentaient des symptômes ou des stigmates indubitables de syphilis. Six seulement ont été améliorés d'une façon très nette par le traitement spécifique. Encore faut-il faire remarquer que les malades furent soumis en même temps à un régime très sévère de désintoxication, ce qui ne permet pas d'affirmer, d'une façon absolument certaine, que le mercure a été la cause unique de leur amélioration.

Quoiqu'en apparence un peu étrangères au sujet qui nous occupe, ces constatations peuvent être intéressantes à rapprocher de ce que nous avons dit au chapitre précédent de la tension artérielle dans la sclérose utérine. Bien qu'il y ait là un raisonnement par induction un peu hasardeux et que, même en considérant comme acquis que la tension artérielle est toujours élevée dans la sclérose utérine, elle ne peut être qu'un cas particulier dans le syndrome très général de l'hypertension artérielle, on peut y voir une nouvelle raison de rapprocher la syphilis et la sclérose utérine.

Les observations relatées à la fin de cette thèse, dont trois ont été recueillies dans les services de nos maîtres, et les trois autres en dehors de la clientèle hospitalière,

sont, nous l'avons déjà dit, trop peu nombreuses pour former la base d'une statistique. Nous en résumerons cependant les résultats à titre documentaire.

Ces six cas nous ont bien semblé constituer des scléroses utérines pures : début des accidents à la puberté ou dans les années qui ont suivi, prédominance des signes fonctionnels sur des signes physiques. Absence notamment d'ulcérations du col et d'écoulement muco-purulent. L'examen bactériologique n'a été pratiqué que dans un cas (quatrième observation) et s'est montré négatif. La réaction de WASSERMANN a été pratiquée chez ces six malades, chaque fois à l'institut Pasteur. L'on sait que les laboratoires de l'institut Pasteur n'utilisent pas des antigènes très sensibles. Cette technique peut avoir des inconvénients, moins graves cependant à notre avis que ceux qui résultent de l'emploi d'un antigène trop sensible.

Dans trois cas, la réaction de WASSERMANN s'est montrée négative. Dans deux autres cas [2^e et 3^e observations] elle s'est montrée positive.

La 1^{re} de ces malades a été traitée par des injections intraveineuses de cyanure de mercure, associées à l'ingestion d'iodure de potassium. Après un mois de traitement, la guérison semblait complète. Malheureusement, la malade n'a pas été revue et son cas reste un cas douteux.

La 2^e de ces malades, traitée par des doses progressives de NOVARSENO BENZOL, n'a pas été améliorée.

Dans le dernier cas enfin, la réaction s'est montrée partiellement positive. Le traitement a été néanmoins institué, encore par le NOVARSENO BENZOL. L'amélioration a été

manifeste au bout d'une semaine et la guérison à peu près complète se maintient depuis deux mois. Conclure de ce qui précède que la sclérose utérine est sous la dépendance de la syphilis dans la moitié des cas, et améliorabile par le traitement spécifique dans un tiers des cas, est une hypothèse trop audacieuse pour que nous osions l'émettre. Nous croyons cependant bon de répéter que la recherche systématique de la réaction de WASSERMANN et l'institution d'un traitement spécifique intensif pourront amener des guérisons inattendues et éviter des interventions dans un certain nombre de cas. A tout prendre, n'est-il pas infiniment préférable de faire inutilement quelques injections intra-veineuses, parfaitement inoffensives si on les pratique à bon escient et avec toutes les précautions nécessaires, que de risquer de mutiler une seule femme à qui l'intervention chirurgicale aurait pu être évitée. Cette dernière restera toujours l'ultime ressource en cas d'échec.

Pour terminer ce modeste travail, qu'on nous permette deux dernières citations, empruntées à des maîtres illustres. Nous les considérons comme la justification et l'excuse de tout ce qui précède.

Dans la première, le Professeur Pozzi résume lui-même un article paru dans la revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, en septembre 1899, sur une forme rare de métrite hémorragique : angio-sclérose envahissante.

« Depuis longtemps, écrit-il, les cliniciens ont observé des métrorragies rebelles parfois très graves dont la cause ne pouvait être déterminée. Elles apparaissent et se répètent indépendamment de toute cause générale ou locale

apparente; on ne peut incriminer ni l'altération de la muqueuse utérine, ni un néoplasme, corps fibreux ou cancer, ni une affection des annexes, ni une maladie éloignée, telle qu'une altération du cœur, des reins, ni une intoxication quelconque. Dans un cas de ce genre, OLSHAUSEN fut forcé de recourir, en désespoir de cause, à l'opération de BATTEY. Depuis longtemps, H. MARTIN, SCHAUTA et nombre d'autres gynécologues ont dû pratiquer l'hystérectomie, après avoir vu échouer le curettage et tous les moyens médicaux. C'est ce qui m'est arrivé sept fois en seize ans, sans que j'aie pu découvrir tout d'abord, par l'étude des pièces pas plus que par celle de la malade, la cause de l'hémorragie ».

Cet aveu indirect, écrit en 1912 par le plus éminent et le plus irréductible adversaire de la sclérose utérine, était intéressant à citer. La deuxième citation sera tirée du professeur GAUCHER.

« En résumé, la syphilis utérine est rarement diagnostiquée parce qu'on n'y pense pas assez. On la trouvera fréquemment quand, d'une part, on examinera systématiquement l'utérus de toutes les syphilitiques et que, d'autre part, on recherchera systématiquement les antécédents syphilitiques de toutes les malades présentant des troubles utérins ».

OBSERVATIONS

1^{re} OBSERVATION. — *Madame R...*, 28 ans. Service du
D^r Boissard, Lariboisière, 1914.

Réglée à l'âge de 12 ans. Se souvient d'avoir beaucoup souffert à ce moment. Ses règles ont toujours depuis été abondantes et souvent douloureuses. L'écoulement sanguin reprenait parfois quelques jours après avoir cessé.

A l'âge de 15 ans, scarlatine qui n'aurait pas provoqué d'albuminurie.

A l'âge de 20, 1^{re} grossesse. Elle accouche à terme d'un enfant actuellement vivant et en bonne santé. A la suite de sa grossesse, les métrorragies deviennent plus fréquentes. En même temps les coliques utérines, se produisant à intervalles irréguliers, l'obligent parfois par leur violence, à garder le lit plusieurs jours. Elle a entre temps quelques pertes blanches, mais ces pertes sont claires, tâchant à peine le linge. On la soigne cependant pour métrite et même pour salpyngite, par des injections très chaudes et des pansements variés. Ce traitement n'amène pas d'amélioration notable. En dehors des crises, elle a des périodes de bien-être relatif. Deuxième grossesse en 1913; les dernières règles cessent le 15 juin. Pendant la grossesse aucune hémorragie, mais quelquefois des coliques utérines. Des

douleurs violentes se produisent le 8 mars 1914 et on croit à un début de travail. Celui-ci ne débute pourtant que le 13 mars. L'accouchement a lieu le même jour à 11 heures du soir. L'enfant pèse 3 kil. 100; le délivre 475 gr. La délivrance est absolument complète.

Les jours suivants, la maladie n'a aucune élévation thermique. Elle quitte l'hôpital le 25 mars. Elle a encore à ce moment quelques lochies sanglantes, mais nullement odorantes.

Elle revient consulter le 15 avril. Bien qu'allaitant, elle a perdu abondamment. Elle a eu encore deux crises douloureuses.

A l'examen, l'utérus est presque revenu à son volume normal. Il est parfaitement mobile. Les culs de sac latéraux sont souples et les annexes indolores. Au speculum, le col est gros et congestionné. Sur le côté gauche une déchirure de cicatrisation récente. Mais la muqueuse utérine n'est pas éversée, le pourtour est régulier. Un peu de mucus sanguinolent, n'ayant nullement l'apparence de pus, s'échappe de l'orifice.

A l'examen des divers appareils, on ne trouve rien. L'appareil respiratoire est normal. A l'auscultation du cœur, le 2^e bruit est un peu claqué, à l'orifice aortique. Le pouls est un peu dur et tendu. La tension artérielle mesurée au Pachon est de 11-19. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

On fait faire la réaction de WASSERMANN (institut Pasteur); elle est négative.

On conseille à la malade un régime alimentaire mitigé, hypochloruré et presque exclusivement lacto-végétarien; de petites doses de sulfate de soude [la constipation est fréquente] et de l'extrait-fluide d'hydrastis. Elle est revue le 25 mai. Elle dit avoir moins souffert. Les hémorragies ont été moins abondantes. A l'examen l'utérus est encore gros et un peu dur. Le col est moins congestionné et parfaitement régulier. La tension artérielle mesurée à nouveau au Pachon est de 10-19.

Conclusion : On se trouve en présence d'un cas de sclérose utérine pure. La syphilis ne peut être incriminée. La tension artérielle est supérieure à la normale.

2^e OBSERVATION. — *Madame M...*, 31 ans. Service du
D^r Boissard, Lariboisière, 1914.

Réglée à l'âge de 13 ans. Ses règles ont toujours été un peu douloureuses, elles durent parfois une semaine et plus. Dans l'intervalle, quelques pertes blanches, les incidents se sont manifestés à intervalles irréguliers depuis le début de son existence génitale.

A l'âge de 23 ans, 1^{re} fausse couche de deux mois environ; elle a eu, au moment de cette fausse couche et à sa suite, des pertes de sang très abondantes. Puis les troubles de la menstruation ont continué, peut-être plus marqués qu'auparavant.

Elle a eu ses dernières règles du 11 au 14 janvier, c'est-à-dire moins longtemps que d'habitude. En mars, on affirme une nouvelle grossesse. Le ventre augmente de volume. La malade a de temps en temps des crises de coliques utérines.

Le 15 mai, elle perd un peu de sang, au milieu de violentes douleurs, puis tout rentre dans l'ordre. Le 30 mai, nouvelles douleurs, et nouvelles pertes, plus abondantes. On la transporte à l'hôpital où elle fait le 2 juin une fausse couche de 4 mois environ. Le placenta et les membranes viennent en entier. Les jours suivants la malade continue à avoir de petites hémorragies. Mais elle souffre peu et n'a pas d'élévation thermique, 37°-6 rectale. Les hémorragies continuant, d'abondance moyenne, un curetage est décidé. On le pratique le 8 juin, sous anesthésie au chloroforme. Une mèche est laissée 24 heures dans la cavité utérine. Quand on la retire, l'utérus continue à saigner.

Les jours suivants, les hémorragies diminuent cependant, puis cessent. Une leucorrhée claire leur succède. La malade quitte le service le 16 juin. Elle revient le 25 juin, ayant eu de nouvelles crises douloureuses, avec métrorragies profuses. Un examen complet donne les renseignements suivants : Utérus augmenté uniformément de volume, un peu plus dur et sensible que la normale; mobile, en rétroversion légère. Annexes

insensibles. Au speculum, col gros, congestionné, entr'ouvert. Orifice obstrué par des caillots sanguins.

Appareils respiratoire et circulatoire normaux. Urines normales. Température normale. Tension artérielle au Pachon, 8-16.

La malade nie tout antécédent syphilitique. Elle ne présente à l'examen le plus attentif aucun stigmate d'accidents héréditaires ou acquis.

Se basant sur l'existence de deux fausses couches, on fait pratiquer la réaction de WASSERMANN (Institut Pasteur). Le résultat est positif.

Un traitement spécifique intense est commencé le 30 juin. Injections intraveineuses de cyanure de mercure de un centigramme, tous les jours. Ingestion quotidienne de deux grammes d'iodure de potassium.

Le 5 juillet, les hémorragies cessent complètement. La malade quitte le service le 13 juillet, ayant reçu 12 injections et absorbé 24 gr. d'iodure. On lui ordonne du sirop de Gibert, qu'elle continuera à prendre chez elle.

Elle est revue le 5 août, n'ayant pas eu, dit-elle, de nouvelles hémorragies. L'utérus est encore gros. La tension artérielle est de 9-18. La malade n'a pas été revue depuis.

Conclusion : On se trouve en présence d'un cas de sclérose utérine chez une femme syphilitique. L'influence directe de la syphilis est prouvée par l'efficacité du traitement. Il est regrettable que la persistance de la guérison n'ait pu être vérifiée. La tension artérielle, déjà assez forte après de nombreuses hémorragies est nettement supérieure à la normale après un mois sans accidents.

3^e OBSERVATION. — Mme V..., 25 ans. Service du Dr Morestin, Saint-Louis, 1918.

Réglée à l'âge de 12 ans. La menstruation n'a jamais été

normale surtout depuis l'âge de 18 ans. Les règles durent de 6 à 10 jours, parfois avec une abondance extraordinaire. Souvent elles reprennent pendant deux ou trois jours, dans l'intervalle séparant deux périodes normales. Elles sont quelquefois un peu douloureuses, mais jamais assez pour l'obliger à garder le lit. Pourtant, la malade se plaint de malaises vagues, et est incapable d'un travail pénible. Elle n'a pas de pertes blanches. A l'âge de 21 ans elle a fait une fausse couche de deux mois.

Elle n'a jamais eu de maladie grave. Ses parents sont vivants, elle a deux frères en bonne santé. Son mari est également bien portant.

Elle entre à l'hôpital le 5 novembre, pour pertes de sang et de caillots, durant depuis 48 heures. Elle est pâle, très affaiblie. Au toucher, l'utérus paraît assez volumineux, sensible et mobile. Rien aux annexes. Au speculum, le col paraît énorme, en bouchon de champagne. Il est violacé et son orifice est béant. Mais il est régulier et lisse.

La malade a eu ses dernières règles trois semaines auparavant. On ne peut donc incriminer une grossesse. Un curetage est pratiqué, sans anesthésie, le 7 novembre. Au cours de cette intervention, l'utérus saigne abondamment.

Les jours suivants, légère amélioration, mais le 10 novembre, la malade a de nouveau de petites métrorragies qui durent jusqu'au 13 novembre.

L'examen général donne les résultats suivants : rien à l'auscultation des poumons. Du côté du cœur, la pointe est un peu abaissée. Le deuxième bruit est un peu exagéré. Le poulx est dur. La tension artérielle, au Pachon, a un maximum de 20, au minimum de 11. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Les réflexes sont normaux. On constate une légère inégalité pupillaire avec conservation des réflexes lumineux et d'accommodation.

Au cou, légères traces de pigmentation.

La température a toujours été normale.

La réaction de WASSERMANN (Institut Pasteur) est positive. Le 15 novembre, injection de 15 centigrammes de NOSALVAR.

SAN. L'injection est bien supportée. Deuxième injection de 30 centigrammes le 22 novembre. A la suite de cette injection, légère poussée fébrile, 3^e injection de 45 centigrammes, le 29 novembre. Le 30 novembre, nouvelle métrorragie, ou plutôt ménorragie, car c'est l'époque normale des règles. Celles-ci sont très abondantes, comme de coutume. Lorsqu'on fait une 4^e injection, le 6 décembre, elles ne sont pas terminées. Cette injection, de 60 centigrammes est assez bien supportée. La malade qui a reçu 1 gr. 50 de neosalvarsan en un mois, quitte l'hôpital le 12 décembre. A ce moment, elle ne perd plus de sang.

Elle est revue le 5 janvier. Elle a eu de nouvelles pertes. Son état général, dit-elle, est un peu meilleur. L'examen local confirme celui du mois précédent. Le col est peut-être moins congestionné. La tension artérielle est de 11,21.

Conclusion : On se trouve en présence d'un cas de sclérose utérine, évoluant chez une femme syphilitique. Un traitement antisyphilitique intense n'a pas donné d'amélioration. Il faut en conclure que la syphilis n'est là que comme coïncidence, ou que les lésions qu'elle a causé sont d'ordre trop définitif pour être modifiées par le traitement. La tension artérielle est supérieure à la normale.

4^e OBSERVATION. — Madame F..., âgée de 23 ans. Personnelle.

Régée à l'âge de 13 ans. Elle semble avoir peu ou pas souffert jusqu'à l'âge de 20 ans. A ce moment, les règles sont devenues plus abondantes. Elles duraient 6 à 8 jours, cessaient parfois pour reparaitre deux ou trois jours dans la période intermenstruelle. Elles étaient fréquemment douloureuses, obligeant la malade à s'aliter. Des crises douloureuses très intenses survenaient parfois en l'absence de toute métrorragie, durant de quelques heures à quelques jours, pour cesser assez brusque-

ment, laissant la malade dans un état de bien-être relatif. Elle a, dit-elle, un peu de leucorrhée dans l'intervalle des règles.

Elle a été soignée, par divers médecins, sous le diagnostic de métrite et même de salpyngite : un traitement banal, injections et tampons variés, a été institué, qui n'a pas amené d'amélioration sensible. Une seule fois, la malade dit avoir été considérablement soulagée, par une cure qu'elle fit à Luxeuil en 1916. Elle n'a jamais été enceinte.

Elle se plaint, en outre, assez fréquemment, de céphalée, de courbature, de douleurs vagues. Elle a fréquemment des epistaxis. Les digestions sont irrégulières, la constipation habituelle.

La malade est vue par nous la première fois en novembre 1918. Elle est pâle. Sa peau est sèche et un peu rugueuse. Les artères temporales sont nettement visibles.

Au toucher, l'utérus est de volume normal, en antéversion légère. Il est mobile, un peu sensible. Les culs de sac des deux côtés sont parfaitement souples. L'ovaire droit est perceptible comme une masse un peu ferme, mais mobile et à peu près indolore.

Au speculum, le col apparaît assez saillant, nettement dirigé en arrière. Il est un peu congestionné, mais sa surface est lisse et régulière. L'orifice est arrondi, une goutte de mucus visqueux, n'ayant nullement les apparences du pus, y est fixée. Un peu de ce mucus, fixé sur une lame, coloré au Gram et examiné au microscope, ne révèle aucun microbe suspect.

A l'examen des divers appareils on relève à l'auscultation du cœur, les battements sont un peu forts. Dans la région meso-ventriculaire, on entend une ébauche de bruit de galop. Le deuxième bruit est dur et claqué à l'orifice aortique.

L'auscultation des poumons ne révèle rien. Les urines sont claires, sans albumine ni sucre.

La tension artérielle, mesurée à l'oscillomètre de Pachon, marque un maximum de 22, un minimum de 12. Mesurée à nouveau quelques jours après, elle donne comme chiffre 21-11.

La réaction de WASSERMANN (Institut Pasteur) est négative.

La malade est mise au régime lacto-végétarien-hypochloruré. On lui administre de faibles doses, 0 gr. 25 par jour d'iodure de sodium. On recommande le repos, des injections chaudes et de petits lavements quotidiens. Le mois suivant, les règles durent un peu moins longtemps, mais sont suivies d'une crise douloureuse de quelques jours. La température, au cours de cette crise recto absolument normale. La tension artérielle, après deux mois de traitement, est de 11-20.

Conclusion : On se trouve en présence d'un cas typique de sclérose utérine, probablement avec ovaire scléro-Kystique du côté droit. La syphilis ne peut être incriminée. La tension artérielle est très supérieure à la normale.

5^e OBSERVATION. — *Madame D...*, 40 ans. Personnelle.

Réglée à l'âge de 13 ans. Toujours ses règles ont été abondantes et depuis l'âge de 18 ans elles s'accompagnent parfois de coliques utérines extrêmement pénibles. A l'âge de 22 ans, 1^{re} grossesse. Accouchement normal, à terme. Deuxième grossesse à l'âge de 25 ans. L'accouchement a lieu à terme, mais est très laborieux [présentation du siège]. Enfant vivant, pas de complications.

Depuis cette époque environ, elle expulse, *au moment des règles*, des membranes mêlées au sang. Elle a tantôt au moment des règles, plus rarement dans l'intervalle, des crises atrocement douloureuses qui durent quelques jours.

C'est à l'occasion d'une de ces crises que nous voyons la malade pour la première fois, en janvier 1919. Elle est couchée sur son lit et pousse des gémissements. Le toucher est nuisible et montre un utérus assez fortement augmenté de volume, un peu dur, mais parfaitement régulier et mobile. Les culs de sac latéraux se laissent facilement déprimer. Rien à l'examen des divers appareils.

Quatre jours après, la crise est passée. L'utérus est toujours volumineux mais complètement insensible. Au speculum, le

col est seulement un peu congestionné. Il est régulier. Aucun écoulement par son orifice. La tension artérielle, mesurée au Pachon, a un maximum de 18 et un minimum de 10. La réaction de WASSERMANN (Institut Pasteur) se montre négative.

Conclusion : Sclérose utérine à forme douloureuse. Pas de syphilis. Tension artérielle très légèrement supérieure à la normale.

6^e OBSERVATION. — *Madame L...*, 34 ans. Personnelle.

Premières règles à l'âge de 13 ans. Elles auraient été normales pendant les premières années. Puis vers l'âge de 20 ans, elles sont devenues très abondantes. La malade perdait en même temps des membranes. Cette ménorragie n'a fait que s'accroître jusqu'à l'époque actuelle. La malade est « dans le sang » deux semaines par mois. Elle n'a jamais souffert sérieusement. Quelques coliques utérines, fort supportables, de temps à autre.

En désespoir de cause, on a voulu pratiquer un curetage il y a trois ans; la malade s'est refusée à cette intervention. Elle a accouché à l'âge de 22 ans d'un enfant malingre qui est mort à l'âge de trois semaines. Pas de grossesse depuis. Pas de fausses couches. La malade est, en outre, atteinte de surdité partielle, remontant, dit-elle, à l'enfance; d'après ses dires, cette surdité n'a pas été précédée d'otorrhée. Il n'y a pas en effet, de perforation tympanique. Elle a de temps en temps des poussées de psoriasis dont on trouve en ce moment quelques plaques au coude gauche.

La malade est examinée par nous en décembre 1918. Au toucher l'utérus est gros et un peu dur, mais absolument mobile et régulier. Les annexes sont indemnes. Le col se montre absolument régulier à l'examen au spéculum. Son orifice est un peu dilaté et obstrué par un caillot.

A l'examen général, on ne constate rien. Poumons et cœur normaux. Urines claires, assez abondantes, 1800 cc3 par 24 heures, ne contenant ni sucre ni albumine.

La tension artérielle au Pachon est de 18 maximum, 10 minimum. Une seconde mesure, effectuée quelques jours après, donne comme chiffres 19 et 10.

La réaction de WASSERMANN (Institut Pasteur) est partiellement positive.

Le 10 décembre, 1^{re} injection de trente centigrammes de NOVARSENOBNZOL.

Le 18 décembre, 2^e injection de quarante-cinq centigrammes.

Dès ce moment, les métrorragies deviennent beaucoup moins abondantes.

Le 26 décembre, 3^e injection de soixante centigrammes.

Le 28 décembre, la malade qui n'a pas perdu depuis douze jours, a des règles presque normales durant jusqu'au 4 janvier, et non douloureuses.

Le 3 janvier, 4^e injection de soixante centigrammes.

La malade a reçu à ce moment 19,95 de NOVARSENOBNZOL.

Le traitement est interrompu.

Les règles reviennent du 23 au 30 janvier, bien moins abondantes que de coutume, puis du 20 au 26 février. Pas de pertes dans la période intermenstruelle.

Conclusion : Cas assez net de sclérose utérine. La syphilis peut être incriminée, et le traitement spécifique semble avoir donné une guérison à peu près complète, dont les résultats demandent à être suivis. La tension artérielle est légèrement supérieure à la normale.

CONCLUSIONS

1° Considérée par certains gynécologistes comme une modalité clinique des métrites, la sclérose utérine est envisagée par les autres comme une entité morbide nettement distincte, dans l'étiologie de laquelle l'infection de voisinage ne joue aucune rôle. Nous nous rangerons à ce dernier avis.

2° La symptomatologie, assez variable, des scléroses utérines, consiste surtout en ménorragies, métrorragies, leucorrhée claire, douleurs utérines capricieuses. Les signes locaux sont réduits au minimum. L'examen bactériologique est négatif. Les accidents débutent en général à la puberté pour ne cesser qu'après la ménopause.

3° Une tension artérielle maxima supérieure à la normale nous a semblé, dans la majorité des cas, faire partie des symptômes de la sclérose utérine.

4° Tous les auteurs mentionnent des scléroses utérines d'origine syphilitique. Mais les cas publiés sont peu nom-

breux. Ils pourraient l'être bien davantage, si la syphilis était recherchée et la réaction de WASSERMANN systématiquement pratiquée chez ces malades. En cas de diagnostic positif, un traitement spécifique actif pourra donner des guérisons inespérées; il devra toujours être tenté.

Vu : *Le Président,*
CH. ACHARD.

Vu :
Le Doyen :
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

BAC. — Contribution à l'étude de l'hypertension artérielle. Thèse Paris, 1915.

BAROZZI. — Manuel de Gynécologie. Paris, 1918.

BARTHELEMY. — Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire des organes génitaux internes de la femme. Congrès de Paris, 1900. La Syphilis, 1905. Tome III.

BOLDT. — Caractères de l'endométrite syphilitique. Académie de Médecine de New-York, 27 avril 1899.

BONNET. — De la métrite syphilitique. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1893, p. 174.

BRIOUDE. — Sclérose de l'utérus. Thèse Paris, 1896.

CASTAIGNE. — La syphilis dans les maladies chroniques. *Journal Médical Français*, décembre 1918.

DALCHE. — La sclérose utérine. *Archives de thérapeutique*, 1^{er} juillet 1905.

Métrorragies et syphilis. *Bulletin médical*, 30 juin 1906.

DALCHÉ et A. ROBIN. — Traité de gynécologie médicale.

DISCUSSION à la société de gynécologie, d'obstétrique, et de pédiatrie de Paris, 1900, mai-juin-juillet,

DOEDERLEIN. — Centralblatt für Gynäk., 1891, n° 44.

DOLERIS. — Métrite et fausses métrites. Paris, 1902.

FORGUE et MASSABUAU. — Les métrorragies de la puberté et de la ménopause. *Presse Médicale*, 1912.

Gynécologie, in traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, 1916.

FRANCESCHINI. — Ménorragie et métrorragie di origine sifilitica. *La clinica ostitrica*. Février, 1905.

GAUCHER. — Syphilis des viscères. Paris, 1909.

GOLDENSTEIN. — Contribution à l'étude des métrorragies d'origine syphilitique. Thèse Paris, 1908.

GOUGEROT. — Le traitement de la syphilis en clientèle, 1918.

HALLOPEAU et FOUQUET. — Traité de la syphilis, 1911.

HEPP. — Sclérose utérine et métrite. Thèse Paris, 1899.

KURT-WITTEK. — Sclérose des vaisseaux utérins. *Monat für Geburt und Gynäk.*, 1906. Tome XXIII.

LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité Médico-Chirurgical de gynécologie.

LAFFONT (Paul). — Sur la syphilis tertiaire acquise ou héréditaire de l'utérus ou de ses annexes. Thèse Paris, 1909.

LETULLE (MAURICE). — Des résultats de la réaction de WASSERMANN dans les manifestations viscérales de la syphilis méconnue. Thèse, Paris 1916.

LETULLE et BERGERON. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*. Séance du 18 janvier 1916.

MORISANI. — Contribution à l'étude de la syphilis utérine tardive (*Archives d'ostétr. et gynéc.*, 1901).

OZENNE. — Métrorragies d'origine syphilitique à la période tertiaire (angio-sclérose probable de l'utérus).

Journal de médecine intern., 15 janvier 1907.

PINESS. — Des hémorragies utérines chez les obèses. Thèse Paris, 1914.

POZZI. — Traité de Gynécologie, 1905.

— Résumé des titres et travaux scientifiques. Tome I, 1912.

RAVAUT. — La valeur de la réaction de WASSERMANN.

Journal Médical Français, décembre 1918.

REINICKE *Archiven für Gynak.*, 1897. Tome LIII.

RICHELOT. — Chirurgie de l'utérus, 1902.

SIREDEY (FAURE et). — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.

TREILHABER. — *Münch. Méd. Woch*, 1900, p. 453.

WALTHARD. — *Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, 1900, n° 16.

CAEN. — IMPRIMERIE A. OLIVIER
